

Geriatrik Sendromlar

Geriatric Syndromes

Sibel EYİĞÖR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Son yıllarda, klinisyenler ve araştırmacılar arasında geriatrik sendromlara karşı ilgide artış görülmektedir. Düşkünlük, deliryum, üriner inkontinans, baş dönmesi, düşme, uyku problemleri, malnutrisyon, ağrı ve ihmal gibi geriatrik sendromlar multifaktöriyel olup, klinik pratikte oldukça kötü sonuçlar ve morbidite ile ilişkilendirilmektedir. Yaşlı kişilerde, özellikle de düşük yaşlılarda oldukça yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla beraber, asıl geriatrik sendrom anlayışı hala tam olarak tanımlanamamıştır. Bu makale, literatür ışığında geriatrik sendromların değerlendirilmesini ve özelliklerini gözden geçirecektir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55 Özel Sayı 2: 57-61.*

Anahtar Kelimeler: Geriatrik sendromlar

Summary

In recent years, clinicians and researchers have shown increasing interest in geriatric syndromes. Geriatric syndromes such as frailty, delirium, urinary incontinence, dizziness, falls, sleep problems, malnutrition, pain, self-neglect are multifactorial, and associated with substantial morbidity and poor outcomes in clinical practice. They are highly prevalent in older adults, especially frail older people. Nevertheless, the concept of central geriatric syndrome has remained poorly defined. This article, based on a review of the literature, discusses the assessment and the characteristics of geriatric syndromes. *Turk J Phys Med Rehab 2009; 55 Suppl 2: 57-61.*

Key Words: Geriatric syndromes

Giriş

"Geriatrik Sendrom", ileri yaş kişilerde hastalık grubuna girmeyen klinik durumları tanımlamak için ortaya konmuş bir terimdir. Literatürde farklılıklar görülmekle birlikte, deliryum, düşme, inkontinans, baş dönmesi, senkop, düşkünlük, uyku sorunları, ağrı gibi pek çok yaygın klinik durum, "Geriatrik Sendrom" olarak sınıflanmaktadır (1,2). 65 yaş ve üzeri kişilerin %49,9'unda 1 veya daha fazla geriatrik sendrom olduğu bildirilmektedir. Bu derecede yaygın olmasına karşın, "Geriatrik Sendrom" kavramının tanımlanması halen yetersiz kalmaktadır. Bu sınıf içinde yer alan klinik durumlar, oldukça heterojendir ve ortak klinik özellikler göstermektedirler. Sendromların klinik yansımaları altta yatan patoloji ve organ ile ilişkisiz olabilmektedir. Örneğin; idrar yolu enfeksiyonunun deliryum tablosu yaratması ve nörolojik semptomlara neden olması gibi. Bu durum tanı ve tedavide geç kalınmasına neden olabilmektedir. Bazen de, yaşam kalitesi açısından çok önemli olabilen bu klinik durumlar, sağlık personeli tarafından yaşlanmanın doğal süreci olarak kabul edilmekte ve sağlık sorunu olarak kabul edilmemektedir (1,2). Yaşlanan toplumlardaki asıl sorun da, bu noktadan sonra başlamaktadır.

Geriatrik Sendrom için sınıflama kriterleri ile ilgili bir takım tartışmalar yapılmaktadır. Genel olarak "Geriatrik Sendrom"; multipl etiyolojik faktörlerin etkisiyle, patogenetik yolların birbirini etkilemesi sonucu, farklı klinik tabloların birleşmesi ile ortaya çıkan hastalık durumu olarak belirtilmektedir (1,2). Şekil 1'de (1) görülen tüm faktörler birbirleri ile sıkı ilişki içindedirler. Bu sendromların ortak özellikleri; yaygın, yüksek derecede morbidite ile ilişkili, bazı vakalarda önlenebilir olmaları ve risk faktörlerinin ortaya konulmuş olmasıdır. Bu sendromların hepsi için, ileri yaş, fonksiyonel ve kognitif bozulma ve mobilite azalma belirgin risk faktörü olarak sayılmaktadır (1-3).

Geriatrik sendromu olan yaşlılarda, genel sağlık durumu ve fiziksel performansta belirgin olarak azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma olduğu belirtilmektedir. Geriatrik Sendromlar, hastanede kalış süresini uzatmakta, kuruma yatışa veya kurumdaki genel durumunda değişikliğe (daha bağımlı durum) neden olmaktadır (1-3). Geriatrik sendromların, mortalite ve morbidite düzeyi göz önüne alınırsa koruyucu önlemlerin yeri daha iyi anlaşılacaktır. Bu bölümde, klinik pratiğimizde sık karşılaşılan Geriatrik Sendrom'un bazılarına kısaca giriş yapılacak ve takip eden diğer bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

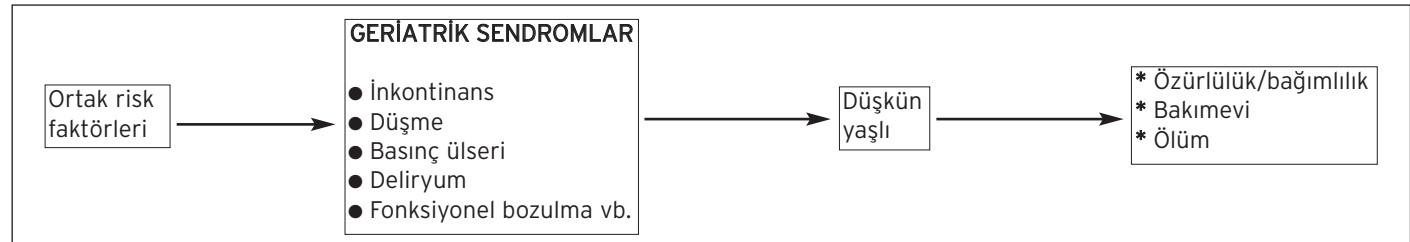
1. Düşkünlük (Frailty)

Son 30 yıl içinde "düşkün yaşlı" başlıklı pek çok makaleye konu olan bir klinik tablodur. 65 yaş üstü kişilerin %7'sinde, 80 yaş üstü kişilerin %30'unda bu sendroma rastlanmaktadır (3). Pek çok ilişkili sistemde bozulmaya bağlı, oluşan strese artmış hassasiyet olarak tanımlanmaktadır (4,5,6). Düşkün yaşlıların, hastalıklara, immobiliteye, düşmelere, hastaneye yatış ve ölüme bağlı strese dayanıklılığı daha azdır. Çok sayıda tanımlama ortaya konulmuşsa da hiçbiri altın standard olarak kabul edilmemiştir (3). Çoğu tanımlamada, ayrı bir sendrom olarak ele alınmış olup, fonksiyonda, güçte ve fizyolojik rezervde kayıp, hastalık ve ölüme karşı duyarlılık artışı açıklaması yer almaktadır. Çoğu tanımlama yine, mobilite, güç, dayanıklılık, beslenme ve fizik aktivite gibi klinik parçaları ve kognitif bozulma ve depresyonu içermektedir. Beslenme yetersizliği, bağımlılık, uzamış yatak istirahati, basınç yarası, yürüme bozukluğu, genel güçsüzlük, çok ileri yaş, kilo kaybı, anoreksi, düşme korkusu, demans, kalça kırığı, deliryum, konfüzyon, ev dışına az çıkma ve çoklu ilaç kullanımı düşkünlüğün özellikleri olarak tanımlanmıştır (3-6).

Fiziksel, psikolojik-kognitif ve sosyal yönü olan, çok yönlü bir sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır (5). Ancak şu zamana kadar en çok araştırma fiziksel yönü üzerine yoğunlaştığından, diğer iki alan halen keşfedilmemiş durumdadır. Fiziksel düşkünlük durumu ise; kilo kaybı ve sarkopeni ile birlikte ciddi vücut kütle kaybı (büzülme, küçülme), el sıkma gücünde azalma, dayanıklılıkta azalma, bitkinlik, yavaş motor performans (yürüme hızında azalma, azalmış denge) ve düşük enerji tüketimi ve ilişkili düşük fizik aktivite olarak tanımlanmaktadır (4). Bu konu üzerine yoğunlaşan araştırmacılar, sendromun erken evrede tanınmasının zor olduğunu, bilinen bir kronik hastalığı yoksa klinik pratikte tanımadığı yönünde görüşler bildirmektedir (5,7). Fizyolojik kapasitede azalma, organ fonksiyonlarında bozulma, fonksiyonel kapasite kaybı yaşlanmanın karakteristik özelliklerinden olduğu için, bazı yazarlara göre kesin olarak, ileri evre yaşlanmayı düşkünlükten ayırmak oldukça zordur (5,7).

Pek çok patofizyolojik süreç düşkünlük gelişimi ile ilişkili görünmektedir. Beslenme sorunları (günlük enerji alımı 21 kcal/kg, düşük protein alımı), düşük vitamin E düzeyleri, Vitamin B12, D ve alfa-tokoferol eksikliği, artmış CRP ve pro-inflamatuvar sitokinler, vücut yağ kütlesi, yüksek vücut ağırlığı, santral obezite, sarkopeni, metabolik sendrom, testosteron, büyüme hormonu ve insülin büyüme hormonu gibi hormonlardaki yaşla görülen değişikliklerin patofizyolojide rolü olduğu düşünülmektedir (3-5).

Düşkünlüğün tanısının nasıl olacağı henüz ortaya konamamıştır. 2001 yılında Fried ve ark. geliştirdiği fenotipik tanı kriterleri (Tablo 1) (5,8) ve 2005 yılında Rockwood ve ark. ortaya koyduğu "Düşkünlük İndeksi" (5,9) bazı çalışmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Fried kriterleri fiziksel özelliklere, Düşkünlük İndeksi ise 70 sorunun skorlandığı farklı alanlara yönelmiş durumdadır. Ancak hangisinin tercih edileceğine henüz karar verilememiştir (5).



Şekil 1. Geriatrik sendrom gelişim aşamaları.

Düşkünlük ile koroner kalp hastalığı, Parkinson, inme, Alzheimer, derin ven trombozu, özofajit gibi klinik pek çok hastalık arasında ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Sarkopeni ile ilişkisi de mutlaka akılda tutulmalıdır (5,7).

Günümüzde bu sendromla ilgili çalışmalara ilgi giderek artmaktadır. Hastalık, diğer pek çok geriatrik sendromla birlikte geliştiği için neden ve sonuç ilişkisi yapılamamaktadır. Bu da risk faktörlerinin ortaya konulmasını güçleştirmektedir. Şu ana kadar ne patofizyoloji, ne tanı ne de tedavi ile ilgili kabul gören veriler ortaya konamamıştır. Medikal tedavi açısından en zorlu tablolardan birisidir. Bu sendrom ve risklerine karşı duyarlılığın artması, bu hastalara daha etkin şekilde yardımcı olmamıza ve yan etkilerin azalmasına neden olacaktır. Son veriler düşkünlük fenotipinin geri dönüşümü ve/veya önlenmesi fikrini desteklemektedir. Fizik aktivite ve egzersiz, hormon replasman tedavisi, beslenme kontrolü ve ek hastalıkların tedavisinin tedavide etkin olabileceği yönünde düşüncelerle ilgili çalışmalar halen devam etmektedir (5,7).

2. İnkontinans

İdrar inkontinansı ileri yaş grubunda oldukça sık rastlanan ancak diğer geriatrik sendromlara göre, göz ardı edilen bir klinik tablodur. Kadınlarda %15-34, erkeklerde %7-15 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir (1,10). İnkontinans, klinik, psikolojik ve sosyal yönden kişinin yaşamı önemli derecede etkileyen bir tablodur. Anksiyete, depresyon, bağımlılık ve sosyal izolasyon riski oluşturmaktadır. Düşmelerle ilişkisi ortaya konmuştur. Gün içindeki anormal uyku 2 kat, aşırı sıkışma inkontinansı ise 1,76 kat düşme riskini arttırmaktadır (11). Kişinin bakıma muhtaç hale gelmesi, tedavi (ped, bez, ilaç, cihaz, cerrahi) ve komplikasyon masrafları, üretkenliğinin azalması nedeniyle, bu klinik tablo ile ilgili maliyet hesapları da oldukça yüksek çıkmaktadır (10,12).

Hem yaşam kalitesi hem de düşmeler nedeniyle, inkontinans tedavisi konusunda sağlık personelinin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Tedavide amaçlar, sağlıklı mesane ve barsak alışkanlığı oluşturulması, koruyucu önlemler, kaçakların sayısının azaltılması, idrar kaçırmanın olumsuz etkilerinin önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Sonuçta, etkin ve doğru tanı sonrası pek çok hasta non-invaziv tedavi seçenekleri ile başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir.

3. Uyku Bozuklukları

İleri yaşlarda uyku problemleri oldukça yaygın olarak görülmektedir. Uyku problemleri, doğal yaşlanma sürecindeki fizyolojik değişiklikler, altta uyku hastalığı olması, sirkadiyen ritim değişiklikleri, medikal ve psikiyatrik hastalıklar, ilaçlar, alkol ve kafein tüketimi ve olumsuz uyku alışkanlıkları ile ilişkili görünmektedir. Uyku yoksunluğu, kognitif ve motor performans ve duygu durumu üzerine olumsuz etki yaratmaktadır. Uyku yoksunluğu veya bölünmesine bağlı ortaya çıkan, dikkatte, uyanırları anlayabilme kabiliyetinde ve uyanıklıkta azalma, ayak takılması ve düşmeler ile sonuçlanabilmektedir (12-14).

Yüzde elliden fazla yaşlıda uykusuzluk problemi vardır. Dinlenmemiş uyanma, erken kalkma, uykuya dalmada güçlük, gündüz uyuklama, gece sık uyanma en sık ortaya konan şikayetlerdir. Hastane ortamı (vital bulguların sık kontrolü, diğer hastaların ve hastanedeki cihazların gürültüsü veya kronik hastalığın neden olduğu depresyon) uyku bozukluğuna yol açabilmekte ve yaşlı hastanın gün boyunca halsiz kalmasına neden olmaktadır (15). Uyku bozukluğuna eşlik eden başka patolojilerin olup olmadığı da mutlaka araştırılmalıdır. Deliryum, ilaç toksisitesi, depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina varlığı bu açıdan önemlidir (13).

Uyku sorunlarının etkin tedavisi için öncelikle kişinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavide amaç, morbiditeyi azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler birlikte kullanılmalıdır (Tablo 2) (13,14,16).

4. Deliryum

Yaygın görülen bu klinik sendrom kendini akut kognitif disfonksiyon ve dikkatsizlik ile göstermektedir. Geçmişte akut ve geçici bir tablo olarak tanımlanırken, günümüzde artık kronik ve kalıcı olabildiği bilinmektedir. Uzun dönemde de kişide kognitif değişikliklere neden olmaktadır. Deliryum ileri yaş grubunda, fonksiyonel bozulma, bağımsızlık kaybı, kuruma yerleşme ve ölüm gibi olaylar zincirinin başlatıcı veya anahtar parçası olduğu düşünülmektedir. Toplumdaki genel prevalansı %1-2 olmasına karşın genel hastane yatışına baktığımızda bu oran %14-24'lere çıkmaktadır. Hastaneye yatış döneminde ise, özellikle postoperatif, yoğun bakım, subakut ve palyatif bakım kliniklerinde, insidans %6'dan %56'lara kadar artabilmektedir. Etiyoloji farklı ve multifaktöriyeldir. Risk faktörleri olarak; demans veya kognitif bozukluk, ileri yaş, deliryum veya nörolojik hastalık öyküsü, ek hastalıkların çokluğu, erkek cinsiyet, kronik renal veya hepatik hastalık, duysal bozukluk, immobilizasyon, ilaçlar (sedatif hipnotik, narkotik, antikolinergik, steroid, polifarmasi), akut nörolojik hastalık, cerrahi, çevre, ağrı, emosyonel distres, uyku yoksunluğu, metabolik bozukluk sayılabilir. Patofizyoloji tam olarak anlaşılmış değildir. Ancak şu andaki kanıtlar; ilaç toksikasyonu, inflamasyon ve akut stres cevaplarının nörotransmisyonunda bozulmaya neden olarak deliryum tablosu yarattığı yönündedir. Farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. Klinik öykü, davranış izlemi ve kognitif değerlendirme ile tanı konabilir. Farklı ölçekler de tanı için kullanılmaktadır. Nöroradyolojik değerlendirmede, kortikal atrofi, ventriküler dilatasyon ve beyaz cevher lezyonları deliryumun belirleyicisi olabilmektedir. Önlenemez ve tedavi edilebilir olmasına karşın, patofizyolojinin tam anlaşılabilmesi, klinik pratikte sıklıkla gözden kaçması ve tanı konulamaması nedeniyle tedavi başarısı düşüktür. Genellikle tedavi stratejisi koruma ve semptom yönetimine odaklanmıştır (1,17).

Tablo 1. Fried kriterleri (2001).

Kilo kaybı	5 kg/yıl
Bitkinlik-tükenmişlik	Depresyon skalasında CES-D (2 puan)
Güçsüzlük	EI sıkma gücü (en az %20)
Yürüme hızı	5 metre (en yavaş %20)
Düşük fizik aktivite	Kcal/hafta (en düşük %20)
Tanı	3 veya daha fazla kriter
Pre-Tanı	1-2 kriter

5. Ağrı

Yaşam süresinin uzaması sadece mortalite ve morbidite yönünden değil, yaşayan kişilerin yaşam kalitesi açısından da önemli sorunları birlikte getirmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusun %25-70'inin kronik ağrı ile başa çıkmaya çalıştığını göstermektedir. Buna karşın ağrı prevalansı ile ilgili araştırmalarda yaş faktörü göz ardı edilmektedir. Bunun nedeni; ağrının genellikle yaşlanmaya eşlik etmesi ve ağrı ile yaşlılık ilişkisinin bunun doğal sonucu olarak görülmesidir (18).

Yaşlılar kronik ağrı açısından önemli bir risk grubu oluşturmaktadır. Yaşlı hastalardaki yaygın ağrı sendromlarını bilmek, doğru tanıyı koyma ve hastayı kısıtlama riskini azaltma şansı sağlamaktadır. Bu grup hastada özellikle modifiye edilebilen ağrı tiplerinden en önemli ikisi baş ve kas-iskelet ağrısıdır. Artrit, osteoporoz, lomber stenoz gibi kas iskelet sistemine ait sendromların ve baş ağrısının sıklığı yaşla artmaktadır. 65 yaş üzeri nüfusun %80-85'inde ağrıya predispozan en az bir tane sağlık problemi olduğu ileri sürülmektedir. Tedavi edilmeyen kronik ağrı, fonksiyonel yeteneklerde azalma, bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve depresyon ile sonuçlanabilmektedir (19).

Ağrının etkin bir şekilde kontrol altına alınmasının ilk şartı tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunların birlikte multidisipliner olarak ele alınmasıdır. Ancak ağrıyı değerlendirecek objektif ölçüm yöntemleri bulunmamaktadır. Bu durum değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bunun yanında yaşlı hastaların çekingen tavırları da objektiviteyi etkilemektedir. Yaşlılarda ağrı değerlendirmesi, altta yatan sağlık problemleri, işitme, görme ve algılama kısıtlamaları, kognitif yetersizliği, çoklu ilaç kullanımı ve ağrı azaltıcı ilaçlara duyarlılık nedeniyle de komplike hale gelmektedir. Hastaların ilaçlara ve ağrıya karşı inancı ve davranışları, sağlık personelinin bilgi eksikliği, kronik ağrının karmaşıklığı ile ilgili anlama problemi ve kurumsal sorunlar da katkıda bulunmaktadır (20).

Kronik ağrı kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal hayatını, uyku, iştah ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin olarak etkilenmektedir. İleri yaşta kalıcı ağrı; depresyon, anksiyete ve aji-

Tablo 2. Uyku hijyeninin sağlanması.

- Kafein, sigara, stimulan, alkol ve diğer ilaçları azaltmak veya kullanımını durdurmak
- Eğer medikal olarak uygunsa, öğleden sonra veya uyku saatinden uzak saatlerde fiziksel aktiviteyi arttırmak
- Uygun saatlerde güneş ışığından faydalanmayı arttırmak
- Uykulamalardan kaçınmak (öğlen saat 2'den sonra olmaması, 1 defalık 30 dakikayı geçmemesi gibi)
- İlaçların uyku üzerine etkisini kontrol etmek
- Sadece uykulu olunca yatağa gitmek
- Oda sıcaklığını ayarlamak
- Işık ve gürültüyü en düşük seviyeye indirmek
- Acıkma durumunda hafif yiyecekler atıştırmak
- Uyku zamanı ağır menülerden kaçınmak
- Geceleri sıvı kısıtlaması yapmak
- Düzenli bir programa sahip olmak (uyku, dinlenme, yemek ve egzersiz saatlerini belirleme)
- Stresle baş etme (rahatlama teknikleri, tartışma ve stresli düşüncelerden kaçınmak)

tasyon, sosyalleşimde azalma, iştah azalması, kilo kaybı-mal-nütrisyon, uyku problemleri, ambulasyonda azalma, sağlık hizmetlerinin kullanım ve maliyetinde artış, kondisyon bozukluğu ve patofizyolojik problemlere (derin ven trombozu, enfeksiyon, bası yarası, pulmoner emboli) neden olmaktadır. Ağrının düşme ile ilişkili olabileceği ancak mekanizmasının açık olmadığı belirtilmiştir. Kişinin ağrı sonrası günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik yaptığı, bu değişikliğin denge ve fiziksel performans kaybına neden olduğu, bunun yanında kullanılan ilaçların da düşme için tetikleyici olabileceği düşünülebilir (18-20).

Yaşlı popülasyonda ağrı tedavisi yaşam kalitesini arttırmak için önemli bir role sahiptir. Yaşla birlikte ortaya çıkan psikolojik stres ve azalan fonksiyonlarla birlikte ağrı yaşam kalitesini azaltır. Kapsamlı, çok yönlü ve farklı disiplinleri bir araya getiren bir yaklaşım etkili tedavinin temel taşıdır. Tedavide semptomların kontrolü, bozulan fonksiyonların düzeltilmesi, iyileşmeyi geciktiren yapısal, tıbbi ve psikososyal nedenlerin önlenmesi ve yaşam kalitesinin düzeltilmesi gibi ana hedeflere ulaşılmaya çalışılmalıdır. Hastanın fiziksel ve psikolojik semptomları göz önüne alınarak kişiye özgü bir tedavi planı hazırlanmalıdır (20).

6. Düşmeler

İleri yaş grubunun en sık karşı karşıya kaldığı en önemli problemlerdendir. Düşme, bu yaş grubunda, mortalite, morbidite, azalmış fonksiyon ve erken bakımevlerine yerleşim ile ilişkili görünmektedir. Çoğu yaşlı düşme riski altında olduğunu bilmekte ve risk faktörlerini tanımlayamamaktadır. Ne yazık ki, çoğu yaşlı ancak bir düşme olayı yaşayıp bununla ilgili sakatlık veya kısıtlılık yaşadığı zaman düşmeden korunma ile ilgili önlemler almaktadır (21).

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıp düşmeye neden olabilmektedir. Yaş (özellikle 80 yaş üstü), kadın olmak, yalnız yaşamak, sağlık problemleri, depresyon, uyku sorunları, inkontinans, baş dönmesi, hatırlama problemi, 3 veya daha fazla medikal problemi olması, kötü fiziksel fonksiyon ve mobilite sorunu düşme için belirleyici risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. En belirleyici faktör ise, son 6 ayda düşme öyküsü ve düşmelerin tekrarlanması olarak belirtilmiştir. Ancak kişisel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu düşmeler ortaya çıkmaktadır. Tekrarlayan düşmeler sonucu hastada "düşme sonrası anksiyete sendromu" gelişmekte ve immobilizasyon, kas gücü kaybı, yürüme problemi ve izolasyon ile düşme riskinin artması sonucu kısır bir döngü içine girilmektedir (12,22,23).

Tedavi planı için risk faktörlerini bilmek önemlidir. Uluslar arası yaşlı dernekleri yaşlılarda düşmeleri önlemek, risk faktörlerini belirlemek ve tedavi planı için bir takım kılavuzlar hazırlamışlardır. Bu kılavuzlardaki öneriler ilgili bölümde tartışılacaktır.

Toplumun ve sağlık personelinin bu konudaki duyarlılığını arttırmak için tüm dünyada eğitim ve tanıtıma yönelik programlar uygulanmaktadır. Hastaların risk değerlendirmeleri yapılmakta ve buna uygun önlemler alınmaya çalışılmaktadır. Ancak bu önlemlere rağmen bir takım kısıtlayıcı faktörler de bulunmaktadır. Bir grup sağlık personeli düşmelerin önlenemez olduğunu düşünmektedir. Diğer bir grup ise, bunu nasıl yapacağı konusunda bilgi sahibi değildir. Toplum bilincinin geliştirilmesi, sağlık sigorta sistemi, kurum ve örgütlemelerin bu konudaki çabaları da yetersiz kalabilmektedir (22,23). Ülkemizde bu tür

standart risk değerlendirme formlarının kullanılmaması ve ev ziyaretlerinin yapılamaması önemli bir dezavantajdır. Bunun yanında toplumda ve sağlık personelinde sağlıklı yaşlanma ve bunun aşamaları ile ilginin bilinç yetersiz sayılabilir. Bu konuda yapılacak bilinçlendirme çabaları gelecek sağlık politikamız için önem taşımaktadır.

7. Malnütrisyon

Yaşlı hastalarda karşılaşılan genel bir problemdir. Düşük kalori ve protein alımı sonucu ortaya çıkar. Tehlikeli boyutlara ulaşıldığında hastanede kalış ve komplikasyonlarla karşılaşılır. Yaşlı grupta, gastrointestinal sistem bozuklukları, kardiyovasküler bozukluklar, baskılanmış immun sistem, kanser, endokrin problemler, uykusuzluk ve depresyon başta olmak üzere psikolojik sorunlar sonucu kişinin beslenme durumu değişiklik gösterir ve bazen bu değişiklikler sorun yaratacak boyutlara gelir. İleri yaşta azalmış sindirim ve emilim kapasitesi, azalmış tat ve koku duyusundan dolayı daha az yemek yendiği belirtilmektedir. İleri yaşlarda ortaya çıkan azalmış kalori gereksinimi, bozulmuş glikoz toleransı, serum trigliserid ve kolesterol seviyelerinde yükselme, yüksel biyolojik değerlerdeki protein gereksinimi, susama yokluğu gibi metabolik değişiklikler de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle yalnız yaşayan yaşlılarda bu soruna daha sık rastlanmaktadır. Gerekli önlemlerin zamanında alınması, oluşabilecek komplikasyonları önleyecektir (24).

8. İhmal Sendromu (Self-Neglect)

İhmal sendromu, ileri yaş kişilerde sağlık ve temizliğe dikkat etmeme, yeteneksiz veya isteksizlikten ileri gelen sorunlar gibi karmaşık davranış spektrumu ile kendini gösteren bir tablodur. Son dönemde artan ve yeni tanınmaya başlayan bu sendrom, yurtdışındaki yetişkin koruyucu servislerini en sık arama nedenleri arasında yer almaktadır. Yeni elde edilen yayınlar ve veriler bu konuya dikkat çekmeye başlamıştır. Demans depresyon, obsesif bozukluk, alkolizm gibi psikiyatrik ve medikal problemler neden olan veya katkıda bulunan faktörler olarak düşünülmektedir. Bu sendromun, mental hastalığı olan gençlerde görülen kendine bakım ve davranış sorunlarından farklı bir durum olduğu düşünülmektedir. Örneğin, ileri yaşta yeni başlayan ihmal demans göstergesi olabilir. Ortaya konan verilerde, tek bir etiyolojik faktör ortaya konulamamaktadır. Yayınlanan sonuçlar vaka sunumları ve kesitsel olduğu için, gerçek risk faktörü bilinmemektedir. Ancak medikal (anemi, enfeksiyon, obesite, malignite, kalp yetmezliği, inme, görme-işitme problemleri) ve psikiyatrik (depresyon, şizofreni, alkolizm, anksiyete) pek çok sorunun tetikleyici olabileceği söylenebilir. Medikal ve psikiyatrik bu problemlerin, medikal, rehabilitatif, sosyal ve davranışçı tedaviler ile tedavisi sıklıkla mümkün olabilmektedir. Diğer geriatrik sendromlarla ilişkisine bakıldığında, kognitif yetmezlik ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu hastaların fonksiyonel kapasitelerinde azalma görüle de bunun sendrom ile ilişkisi açık değildir. Ancak, bu sendromun mortaliteyi arttırdığı ortaya konmuştur. Sendromu tanımlayıcı herhangi bir kriter olmadığı için tanıda zorluklar yaşanmaktadır. Geriatrik sendromlar içinde isimlendirilmesi yeni olsa da, klinik önemi, erken tanınması ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması yönüyle hekimlerde hastalık bilincinin oluşturulması önemlidir (25).

Geriatrik Sendromlar birbirleri ile neden ve sonuç olarak yakından ilişkili olup, koruyucu yaklaşımlar ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile tedavisi mümkün olabilmektedir. Uzun süreler genel toplumda yaşlılığın doğal sonucu gibi görünen bu klinik tabloların tanı ve tedavisine yönelik yaklaşımlar için bilinçlendirme şarttır. Gelecek hedefleri olarak:

1. Profesyonel organizasyonlarca geriatrik sendromlar için, kanıta dayalı kılavuz ve kriterler oluşturulması ve zaman içinde bu kılavuzların güncellenmesi,

2. Geriatrik sendromları tanıma, tanı koyma, tedavi etmeye yönelik olarak, bu kılavuz ve kriterlerin klinik pratiğe uygulanması ve koruyucu önlemler alınması,

3. Oluşturulan klinik kılavuz ve programlarını yürürlüğe koymak için, lokal tanıtım projelerine ihtiyaç duyulduğu ve sağlık personelinin bu konudaki duyarlılığının artırılması gerektiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91. [Abstract] / [PDF]
2. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. *Ann Intern Med* 2007;147:156-64. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
3. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab* 2008;52 Suppl 1:6-11. [Abstract] / [PDF]
4. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med* 2005;72:1105-12. [PDF]
5. Bauer JM, Sieber CC. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. *Exp Gerontol* 2008;43:674-8. [Abstract] / [PDF]
6. Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009;103:1616-21. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:731-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:146-56. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
9. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
10. Gibbs CF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med* 2007;120:211-20. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
11. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother* 2006;52:19-24. [Abstract] / [PDF]
12. Lawhorne LW, Ouslander JG, Parmelee PA, Resnick B, Calabrese B. Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:29-35. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
13. Vaz Fragoso CA, Gill TM. Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1853-66. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
14. Cochen V, Arbus C, Soto ME, Villars H, Tiberge M, Montemayor T, et al. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. *J Nutr Health Aging* 2009;13:322-9. [Abstract] / [PDF]
15. Flaherty JH. Insomnia among hospitalized older persons. *Clin Geriatr Med* 2008;24:51-67. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
16. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med* 2006;119:463-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
17. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009;5:210-20. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
18. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2005;21:465-90. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
19. Perret DM, Rim J, Cristian A. A geriatrician's guide to the use of the physical modalities in the treatment of pain and dysfunction. *Clin Geriatr Med* 2006;22:331-54. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
20. Schneider H, Cristian A. Role of rehabilitation medicine in the management of pain in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2008;24:313-34. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
21. Swift CG. The role of medical assessment and intervention in the prevention of falls. *Age Ageing* 2006;35:65-8. [Abstract] / [PDF]
22. Moylan KC, Binder EF. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. *Am J Med* 2007;120:493-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
23. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006;35:37-41. [Abstract] / [PDF]
24. Pepersack T. Nutritional problems in the elderly. *Acta Clin Belg* 2009;64:85-91. [Abstract]
25. Pavlou MP, Lachs MS. Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:831-42. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]